Naciones Unidas A/HRC/56/52

Asamblea General

Distr. general
30 de abril de 2024
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos
56º período de sesiones
18 de junio a 12 de julio de 2024
Tema 3 de la agenda
Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Consumo de drogas, reducción de daños y el derecho a la salud

Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng

Resumen

En el presente informe, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, examina la relación que guarda la reducción de daños, no solo con el consumo de drogas y los trastornos relacionados con el consumo de drogas, sino también con las leyes y políticas en materia de drogas, con el objetivo de analizar y abordar los resultados conexos que repercuten negativamente en el disfrute del derecho a la salud. Para ello, presta especial atención a las drogas cuya producción, distribución y consumo han estado sometidas a control en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas, en particular en la forma en que ese control ha hecho mella en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de determinadas drogas que se utilizan como medicamentos.

La Relatora Especial considera que las intervenciones de reducción de daños revisten especial importancia para las poblaciones que a menudo se ven estigmatizadas y discriminadas en el contexto del consumo de drogas y de la aplicación de las leyes y políticas en materia de drogas. Profundiza en el modo en que todo ello agrava otras formas de discriminación y afecta de forma desproporcionada a determinadas personas, como las que se encuentran en situación de pobreza o sin hogar, las personas con problemas de salud mental, las trabajadoras y los trabajadores sexuales, las mujeres, los niños y las niñas, las personas LGBTIQA+, las personas negras, los Pueblos Indígenas, los migrantes, las personas encarceladas o detenidas, las personas con discapacidad, las personas que viven con el VIH, la tuberculosis o la hepatitis y las personas que viven en zonas rurales. La Relatora Especial también examina las deficiencias existentes en la atención para la reducción de daños, en particular en los contextos en los que no responde a las necesidades de quienes, durante décadas, se han llevado la peor parte de las leyes y políticas punitivas en materia de drogas, como las personas afrodescendientes y los Pueblos Indígenas.

Se ruega reciclar

I. Introducción

1. Las drogas forman parte de la historia de la humanidad desde hace miles de años, ya sea por usarse con fines terapéuticos, en ceremonias religiosas y culturales, o por placer[1]. Sin embargo, las sociedades han adoptado enfoques muy diferentes con respecto a las drogas, que han variado en función de las distintas poblaciones y del momento histórico.

2. Los determinantes sociales de la salud[2] inciden en conductas y resultados que reflejan desigualdades derivadas del nivel socioeconómico, el origen étnico, la raza, el género y otros factores. Algunas personas recurren a las drogas como medio para sobrellevar problemas de salud mental, traumas o situaciones de discriminación y marginación, como los que sufren las personas migrantes, los Pueblos Indígenas, las minorías raciales, étnicas y sexuales y las personas LGBTIQA+[3]. Con frecuencia, las sociedades, en lugar de atajar las causas profundas de las desigualdades que rodean al consumo de drogas y los factores de riesgo de los trastornos asociados a este último, estigmatizan aún más a las personas que consumen drogas. Esa estigmatización puede dar lugar a que se pierdan oportunidades, como la de encontrar empleo o cursar estudios, conseguir una vivienda o mantenerla, acceder a las ayudas de la seguridad social y obtener la ciudadanía o un estatus jurídico.

3. Resulta fundamental distinguir entre el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas. Los trastornos por consumo de drogas, como la drogodependencia, constituyen un problema de salud que, en especial cuando no se trata, puede aumentar los riesgos de morbilidad y mortalidad, ocasionar un gran sufrimiento y provocar un deterioro en ámbitos importantes de funcionamiento como el personal, familiar, social, educativo y laboral, por lo que requiere un tratamiento adecuado[4]. El consumo de drogas no es un problema de salud y no implica dependencia[5]. La mayoría de las personas que consumen drogas no necesitan tratamiento. Aun así, el consumo de determinadas drogas sin supervisión médica puede asociarse a un riesgo de sobredosis y de muerte; el consumo de drogas por inyección conlleva además el riesgo de transmisión de infecciones como el VIH, la hepatitis y la tuberculosis.

4. Los determinantes políticos de la salud —es decir, las normas, políticas y prácticas resultantes de la interacción política entre todos los sectores y más allá de todas las fronteras geográficas que afectan a la salud[6]—, propician que en el mundo se obtengan unos resultados de salud mejores o peores, también en lo que se refiere a las drogas y a las leyes y políticas en la materia.

5. Los daños relacionados con el consumo de drogas se han visto exacerbados por estrategias jurídicas y políticas poco acertadas, enmarcadas en la "guerra contra las drogas" dirigida por el Norte Global que, desde la década de 1970, ha penalizado y estigmatizado duramente la producción, la distribución y el consumo de psicofármacos lo cual ha tenido efectos nefastos en todo el planeta y, en especial, en el llamado Sur Global[7]. Lamentablemente, el marco jurídico internacional existente en materia de fiscalización de drogas ha fomentado que se penalice su consumo, al calificar la adicción a las drogas de "mal" que los Estados deben combatir[8]. A su vez, ha influido en que los Estados apliquen en

[1] Marc-Antoine Crocq, "Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs", *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 9, núm. 4 (2007).

[2] Organización Mundial de la Salud (OMS), "Social determinants of health", puede consultarse en https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

[3] *Informe mundial sobre las drogas 2023: Resumen* (publicación de las Naciones Unidas, 2023).

[4] OMS, "Drugs (psychoactive): impact", puede consultarse en https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2.

[5] A/65/255, párr. 7. Para consultar información sobre el consumo de drogas por tipo de droga y por región, véase *Informe mundial sobre las drogas 2022: Resumen – Consecuencias en materia de políticas* (publicación de las Naciones Unidas, 2022), págs. 23 a 36.

[6] Daniel Dawes, "Health inequities: a look at the political determinants of health during the COVID-19 pandemic", *American Journal of Health Studies*, vol. 35, núm. 2 (2020).

[7] Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), "UN experts call for end to global 'war on drugs'", 23 de junio de 2023.

[8] Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, preámbulo.

su territorio nacional las leyes y políticas en materia de drogas[9] mediante estrictas medidas punitivas, como el encarcelamiento y otras penas de privación de libertad, conforme a lo exigido por el marco internacional[10]. No obstante, la amenaza de un duro castigo no ha tenido un efecto disuasorio sobre el consumo de drogas. Además, las leyes y políticas en materia de drogas han dado lugar a que se vulneren varios derechos humanos, en particular el derecho a la salud, lo cual tiene un efecto desproporcionado entre las personas en situación de mayor vulnerabilidad.

6. Los determinantes comerciales de la salud —es decir, las actividades del sector privado que afectan a la salud de las personas de manera directa o indirecta, positiva o negativa[11]—, también condicionan los resultados de salud relacionados con el consumo de drogas y las leyes y políticas en materia de drogas. Las empresas farmacéuticas, movidas por el afán de lucro, han desempeñado un papel fundamental en la proliferación de los opioides de venta con receta y en la crisis de los opioides. Las actividades del sector privado, que anteponen los intereses de las empresas a los de los pacientes, han influido en el acceso a la asistencia para la gestión del dolor[12].

7. En conjunto, los determinantes sociales, políticos, comerciales y jurídicos de la salud influyen en los contextos en los que una persona puede producir, distribuir o consumir drogas y pueden crear y reforzar las desigualdades en salud. Se necesita urgentemente un enfoque alternativo del consumo de drogas, que esté basado en datos científicos y centrado en la salud pública y los derechos humanos.

8. En el presente informe, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, examina la relación que guarda la reducción de daños, no solo con el consumo de drogas y los trastornos relacionados con el consumo de drogas, sino también con las leyes y políticas en materia de drogas, con el objetivo de analizar y abordar los resultados conexos que repercuten negativamente en el disfrute del derecho a la salud. Para ello, la Relatora Especial presta especial atención a las drogas cuya producción, distribución y consumo han estado sometidas a control en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas y a la forma en que ese control ha hecho mella en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de determinadas drogas que se utilizan como medicamentos.

9. La Relatora Especial profundiza en el modo en que la fiscalización de las drogas agrava otras formas de discriminación y afecta de forma desproporcionada a determinadas personas, como las que se encuentran en situación de pobreza o sin hogar, las personas con problemas de salud mental, las trabajadoras y los trabajadores sexuales, las mujeres, los niños y las niñas, las personas LGBTIQA+, las personas negras, los Pueblos Indígenas, los migrantes, las personas encarceladas o detenidas, las personas con discapacidad, las personas que viven con el VIH, la tuberculosis o la hepatitis y las personas que viven en zonas rurales. Asimismo, examina las deficiencias existentes en la atención para la reducción de daños, en particular en los contextos en los que no responde a las necesidades de quienes, durante decenios, se han llevado la peor parte de las leyes y políticas punitivas en materia de drogas, como las personas afrodescendientes y los Pueblos Indígenas.

10. Un enfoque descolonizador del consumo de drogas, la reducción de daños y el derecho a la salud debe analizar las estructuras de poder subyacentes que perpetúan los sistemas de desigualdad que han sobrevivido al colonialismo, y que determinan la dinámica de fondo tanto del consumo de drogas como de la manera en que los Estados lo afrontan. Los Estados deben velar por que todas las medidas de fiscalización de drogas respeten los derechos humanos, independientemente de que estén relacionadas con el acceso a tratamiento, la atención de la salud, la reducción de daños o el acceso a medicamentos fiscalizados. La Relatora Especial, desde una perspectiva anticolonialista y antirracista, indaga en la forma en que la penalización y la estigmatización pueden ser legado del colonialismo y de la discriminación estructural, lo cual repercute negativamente en el derecho a la salud y plantea

[9] A/65/255, párr. 9.
[10] Convención de 1961 en su forma enmendada, art. 36.
[11] OMS, “Commercial determinants of health”, 21 de marzo de 2023.
[12] Rebecca Haffajee y Michelle M. Mello, “Drug companies’ liability for the opioid epidemic”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 377, núm. 24 (diciembre de 2017), págs. 2301 a 2305.

la necesidad de adoptar un enfoque de igualdad sustantiva con respecto a las leyes y políticas en materia de drogas, incluidas las centradas en la reducción de daños.

II. Metodología

11. En el presente informe, la Relatora Especial parte del trabajo realizado por sus predecesores, que han analizado las repercusiones que tienen sobre los derechos humanos las leyes y políticas internacionales en materia de drogas en el marco de la "guerra contra las drogas" y, más concretamente, la forma en que esos marcos jurídicos han propiciado un entorno de mayores riesgos y violaciones de los derechos humanos[13]. La Relatora Especial desea prestar especial atención a las alternativas de reducción de daños como herramientas transformadoras en las que convergen los ámbitos de la salud y los derechos humanos.

12. La Relatora Especial ha señalado en diversas comunicaciones que las personas que consumen drogas son una población que a menudo vive en circunstancias de vulnerabilidad y marginación[14].

13. El concepto de reducción de daños se ha formulado principalmente en el contexto del consumo de drogas y se refiere a las políticas, los programas y las prácticas destinados a minimizar los efectos negativos —sanitarios, sociales y jurídicos— asociados al consumo de drogas, así como a las políticas y las leyes en materia de drogas[15]. Incluye los programas de agujas y jeringuillas, las instalaciones de inyección y consumo de drogas supervisados, el tratamiento de sustitución con opioides, la prevención de sobredosis y los programas de divulgación comunitaria, así como el acceso a asistencia jurídica, servicios sociales, vivienda y una alimentación adecuada[16].

14. Para elaborar el presente informe, la Relatora Especial publicó una petición de contribuciones[17], en la que invitó a las partes interesadas a que aportaran sus experiencias y conocimientos sobre las leyes, políticas y prácticas pertinentes con el objetivo de recogerlos en estas páginas, centrándose en particular en las personas y comunidades a quienes hace tiempo que se ha puesto en situación de mayor vulnerabilidad. La Relatora Especial expresa su agradecimiento por todas las contribuciones que recibió.

III. Marco jurídico

15. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce en sus artículos 2, párrafo 2, y 12 el derecho de toda persona, sin discriminación alguna, al más alto nivel posible de salud física y mental. El derecho a la salud también está consagrado en otros instrumentos internacionales de derechos humanos[18], como la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5, e) iv)) y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares (arts. 28 y 43).

16. El artículo 12, párrafo 2 c) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales abarca la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades, entre las que se incluyen los trastornos por consumo de drogas[19], y la creación de condiciones que aseguren la asistencia médica cuando sea necesaria. En el artículo 15, párrafo 1 b), del Pacto se señala el derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y

[13] Véanse A/65/255; y ACNUDH, "Statement by the UN expert on the right to health on the protection of people who use drugs during the COVID-19 pandemic", 16 de abril de 2020.
[14] Véanse las comunicaciones SGP 1/2022, SGP 3/2021, SGP 2/2022, SGP 4/2022 y LKA 2/2023. Pueden consultarse en https://spcommreports.ohchr.org/Tmsearch/TMDocuments.
[15] Harm Reduction International, "¿Qué es reducción de daños?", puede consultarse en https://hri.global/what-is-harm-reduction/spanish/.
[16] Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2020*, 7ª ed. (Londres, 2020).
[17] Véase https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2023/drug-policies-and-responses-right-health-framework-harm-reduction.
[18] A/HRC/53/65, párr. 14.
[19] A/65/255, párr. 55.

de sus aplicaciones. Ese derecho se ha considerado fundamental para hacer efectivo el derecho a la salud[20] y se aplica en el contexto del trastorno por consumo de drogas y en la elaboración de leyes y políticas destinadas a abordar el consumo de drogas de forma más general.

17. Toda persona tiene derecho, entre otras cosas, al acceso a una atención de salud oportuna y apropiada, que incluya establecimientos, bienes y servicios que estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de calidad, sin discriminación alguna[21]. Además, el derecho a la salud va más allá de la atención de la salud y abarca los factores determinantes básicos de la salud, como el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, la vivienda, unas condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y la participación en los procesos de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional[22]. En el contexto del consumo de drogas, resulta fundamental atender los determinantes básicos de la salud y, al mismo tiempo, adoptar un enfoque en que confluyan la igualdad y la no discriminación.

18. El derecho a la salud también incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva[23]. La Relatora Especial recuerda que los derechos sexuales y reproductivos también se basan en el derecho a la vida, a la dignidad, a la educación y a la información, a la igualdad ante la ley y a la no discriminación; el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos; el derecho a la privacidad; el derecho a la salud; el derecho a la libertad de opinión y de expresión; el derecho a consentir el matrimonio y a la igualdad en el matrimonio; y el derecho a no sufrir violencia de género, prácticas nocivas ni tortura y malos tratos; así como el derecho a un recurso efectivo en caso de vulneración de los derechos fundamentales[24]. La Relatora Especial destaca que la salud sexual y reproductiva comprende, entre otras cosas, la atención de la salud materna, la atención para el aborto seguro y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infecundidad, los cánceres del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida, en particular con medicamentos genéricos[25].

19. El derecho a la salud entraña libertades y derechos[26], y está interrelacionado con los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. En este sentido, en el contexto de las políticas en materia de drogas son también pertinentes otros derechos humanos, como el derecho a la vida[27] y el derecho a la información, tanto en calidad de elemento integrante del derecho a la salud[28] como de derecho autónomo[29]. En algunos casos, se interna por la fuerza en centros de tratamiento a las personas que consumen drogas, vulnerando así el derecho de estas a dar su consentimiento informado para el tratamiento[30]. El derecho a la privacidad está estrechamente relacionado con el derecho a la información[31]. Si bien el acceso a la información comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, el ejercicio de este derecho no debería menoscabar el carácter confidencial de los datos personales relativos a la salud[32].

[20] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 25 (2020), párr. 67.
[21] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 11 y 12. Véase también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), párrs. 7 y 8 a) y b).
[22] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 11.
[23] A/76/172, párr. 18.
[24] A/76/172, párr. 18.
[25] *Ibid.*, párr. 20.
[26] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 8.
[27] Véase Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 36 (2018).
[28] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 12 b).
[29] Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 19, párr. 2.
[30] A/HRC/10/44, párrs. 65 y 71; véase también A/64/272.
[31] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 3.
[32] *Ibid.*, párr. 12 b) iv); y A/HRC/53/65, párrs. 19 y 22.

20. El artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos subraya que los Estados tienen un acusado deber de diligencia en la adopción de todas las medidas necesarias para proteger la vida de las personas privadas de su libertad por el Estado[33]. En su obligación de proteger la vida, los Estados también deberían adoptar las medidas adecuadas para abordar las condiciones generales de la sociedad, que pueden incluir la prevalencia de enfermedades que ponen en riesgo la vida.

21. Toda persona tiene derecho a no ser sometida a un tratamiento médico no consentido; el consentimiento informado es un requisito indispensable para la administración de cualquier tratamiento médico. Toda persona tiene también derecho a que los datos personales relativos a su salud se traten con confidencialidad[34]. En el contexto del consumo de drogas, todas las personas con trastornos por consumo de drogas, incluidas las que están privadas de libertad, deberían poder disponer de forma voluntaria de opciones de reducción de daños basadas en datos científicos, como los programas de agujas y jeringuillas y la receta de fármacos sustitutivos, de conformidad con los derechos a la salud, a la no discriminación y a la igualdad[35].

22. El régimen de fiscalización internacional de drogas está integrado por tres tratados fundamentales. El primero es la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, por la que se consolidaron los acuerdos internacionales anteriores, se sometieron a fiscalización internacional determinadas plantas (por ejemplo, la marihuana, la coca y la adormidera), se creó un sistema de reglamentación de los usos médicos y científicos de esas plantas y se instituyó la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. El segundo es el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, mediante el que se estableció un sistema de fiscalización internacional de drogas psicoactivas como los estimulantes de tipo anfetamínico, los barbitúricos, las benzodiacepinas y las sustancias psicodélicas. El tercero es la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, en la que se reconoció que los esfuerzos internacionales realizados hasta entonces no habían logrado impedir el tráfico ilícito de drogas y se señalaron vínculos con la delincuencia organizada para justificar el aumento de la labor policial con respecto a las drogas en todo el mundo. Esos tres tratados, en su conjunto, sometieron a fiscalización internacional cientos de drogas y tipificaron como delito prácticamente todos los aspectos de su producción y distribución no autorizadas[36]. El objetivo inicial de los tratados era proteger la salud y el bienestar de la humanidad. Sin embargo, las políticas vigentes de fiscalización de drogas han adoptado un enfoque esencialmente punitivo para contener el mercado de drogas ilícitas, y muchos países han aprobado políticas represivas, con las consiguientes repercusiones sobre los derechos humanos.[37]. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha instado a todos los Gobiernos a que apliquen de forma sistemática los principios de derechos humanos y sus medidas de protección reconocidos internacionalmente al elaborar y aplicar las políticas de fiscalización de drogas y ha remarcado la importancia de asegurar que existan reservas suficientes de sustancias fiscalizadas a escala mundial para garantizar el acceso y la disponibilidad de sustancias para el tratamiento del dolor. También ha exhortado a todos los Estados a que implanten mecanismos destinados a mejorar la reunión de información sobre la prevalencia del consumo de drogas, con el fin de elaborar estrategias de prevención y tratamiento del consumo de drogas que tengan base empírica y estén adaptadas a las necesidades particulares de cada país[38]. Asimismo, ha exhortado a los Estados que aún no lo hayan hecho a que dejen

[33] Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 36 (2018), párr. 25.

[34] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 8 y 12; véase también A/64/272.

[35] A/65/255, párr. 55.

[36] A/65/255, párr. 9. Véase también la Convención de 1961 en su forma enmendada, art. 36 (“cada una de las Partes se obliga a adoptar las medidas necesarias para que el cultivo y la producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, ofertas en general, ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho de cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes, no conformes a las disposiciones de esta Convención [...] se consideren como delitos si se cometen intencionalmente”).

[37] A/HRC/54/53, párr. 3.

[38] *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2021* (E/INCB/2021/1), págs. 139 a 141.

de prever servicios de tratamiento forzoso y obligatorio para las personas que consumen drogas y establezcan en cambio alternativas al encarcelamiento y al castigo en el marco del tratamiento y la rehabilitación del consumo de drogas[39].

23. Si bien los tratados que integran el marco de fiscalización internacional de drogas no mencionan explícitamente ni tienen en cuenta sus repercusiones sobre los derechos humanos, los Estados Miembros y los órganos de las Naciones Unidas han manifestado que la fiscalización internacional de drogas debe llevarse a cabo de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y respetando los derechos humanos[40]. Como ya se ha señalado, el marco de los derechos humanos también debe aplicarse en el contexto de las drogas. En su resolución 52/24, el Consejo de Derechos Humanos reconoció la necesidad de que los Estados tomaran medidas para garantizar el acceso a información relacionada con la salud y a servicios empíricos de prevención, reducción de daños y tratamiento e hicieran frente a los determinantes sociales y económicos básicos de la salud en el contexto del problema mundial de las drogas. En esa misma resolución, el Consejo reafirmó el compromiso contraído por la Asamblea General de respetar, proteger y promover todos los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad inherente a todas las personas.

24. En su resolución 78/131, la Asamblea General exhortó a los Estados a que mejoraran el acceso con fines médicos y científicos a las sustancias sometidas a fiscalización abordando adecuadamente los obstáculos al respecto, incluidos los relacionados con la legislación, los sistemas de reglamentación, los sistemas de atención de la salud, la asequibilidad, la capacitación de los profesionales de la salud y la educación.

25. La Relatora Especial acoge con agrado que, en marzo de 2024, la Comisión de Estupefacientes aprobara la resolución 67/4, en la que alentó a los Estados a que estudiaran medidas de reducción de daños que tuvieran por objeto reducir al mínimo las consecuencias adversas para la salud pública y la sociedad del consumo no médico de drogas. Toma nota de los *Principios del 8 de marzo para un enfoque de derechos humanos en el derecho penal que proscribe conductas asociadas con la vida sexual, la reproducción, el consumo de drogas, el VIH, la falta de hogar y la pobreza* de la Comisión Internacional de Juristas, en particular el principio 20, relativo al consumo, la posesión, la compra y el cultivo de drogas para uso personal.

Obligaciones de los Estados

26. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. En el contexto del consumo de drogas, la obligación de respetar exige que los Estados no incurran en ninguna conducta que pueda causar morbilidad o mortalidad relacionadas con el consumo de drogas. Eso comprende abstenerse de comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en circunstancias excepcionales —sujetas a condiciones específicas y restrictivas— para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas[41].

27. La obligación de proteger requiere que los Estados, entre otras cosas, adopten leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios

[39] *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2023* (E/INCB/2023/1), pág. 149.

[40] Documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado "Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas"; Declaración Ministerial sobre el Fortalecimiento de Nuestras Medidas a Nivel Nacional, Regional e Internacional para Acelerar el Cumplimiento de Nuestros Compromisos Conjuntos a fin de Abordar y Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas; Declaración de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes sobre el examen de mitad de período de 2024, como seguimiento de la Declaración Ministerial de 2019; y resoluciones 49/4, 51/12 y 53/9 de la Comisión de Estupefacientes.

[41] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 33 y 34.

relacionados con la salud proporcionados por terceros[42] y que se aseguren de que los conocimientos científicos y las tecnologías y sus aplicaciones —incluidas las intervenciones de base científica para prevenir y tratar la drogodependencia, además de las enfermedades conexas— estén disponibles y sean accesibles sin discriminación alguna. Los Estados tienen la obligación de llevar a cabo intervenciones de base científica para reducir al mínimo los riesgos y daños perjudiciales para la salud asociados al consumo de drogas[43]. Esta obligación también exige a los Estados que adopten medidas para impedir la injerencia de terceros en el disfrute de los derechos humanos y garanticen una protección eficaz contra las vulneraciones de derechos relacionadas con actividades empresariales, así como el acceso a recursos efectivos para las víctimas de esos abusos empresariales[44].

28. La obligación de hacer efectivo el derecho a la salud requiere que los Estados, por ejemplo, emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Esta obligación incluye fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud, como la realización de investigaciones y el suministro de información, y garantizar que los proveedores de atención de salud estén formados de manera que reconozcan y respondan, con servicios culturalmente aceptables, a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados[45]. Entre esos grupos se encuentran las personas que consumen drogas, que se enfrentan a formas de vulnerabilidad diversas e interseccionales.

29. Mientras que algunas obligaciones pueden irse cumpliendo de manera gradual debido a la limitación de los recursos, otras, como el principio de no discriminación, deben aplicarse de inmediato. Entre las obligaciones básicas de los Estados, se halla el suministro de medicamentos esenciales, según las definiciones que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[46].

30. Para determinar los motivos de discriminación que están prohibidos, es necesario adoptar un enfoque multidimensional. En primer lugar, los trastornos por consumo de drogas son un motivo prohibido de discriminación en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[47]. En segundo lugar, tanto el consumo de drogas como los trastornos por consumo de drogas pueden considerarse un motivo prohibido de discriminación, teniendo en cuenta que las personas que consumen drogas y las personas con trastornos por consumo de drogas han sufrido durante mucho tiempo y siguen sufriendo estigmatización y marginación[48], y que no se debe negar injustificadamente a nadie el acceso a los servicios de atención de la salud por el hecho de haber consumido drogas en el pasado o consumirlas actualmente[49]. En tercer lugar, como se señala más adelante, las leyes y políticas en materia de drogas han tenido efectos desiguales en grupos protegidos, lo cual ha dado lugar a una discriminación indirecta[50]. Cabe destacar que algunas de las personas que sufren los efectos desiguales de las leyes y políticas en materia de drogas son objeto de varios tipos de discriminación que se solapan[51]. Por lo tanto, la igualdad sustantiva, o la consecución de lo que se necesita para que aquellas personas a las que la sociedad ha hecho más vulnerables puedan prosperar[52], requiere que se desmantelen los diversos sistemas de opresión en los que se basa la discriminación directa e indirecta en el contexto del consumo

[42] *Ibid.*, párr. 33.
[43] A/65/255, párr. 55. Véase también International Centre on Human Rights and Drug Policy y otros, "International guidelines on human rights and drug policy" (2019).
[44] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 24 (2017), párr. 14.
[45] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 33, 36 y 37.
[46] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 43 d).
[47] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), párr. 33.
[48] *Ibid.*, párr. 27.
[49] A/65/255, párr. 23.
[50] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), párr. 10 b).
[51] *Ibid.*, párr. 17.
[52] Véase también A/78/185.

de drogas, en particular cuando son las propias leyes y políticas en materia de drogas las que han contribuido de forma decisiva a perpetuar esos sistemas de opresión[53].

IV. Penalización, estigmatización y salud

31. La interrelación entre el derecho penal, la salud y los derechos humanos presenta múltiples facetas. El hecho de que no se haya adoptado un enfoque basado en los derechos humanos para hacer frente al consumo de drogas ha tenido repercusiones negativas en la salud tanto individual como colectiva. En este sentido, la estigmatización y la penalización del consumo de drogas suponen un obstáculo para que las personas con trastornos por consumo de drogas accedan a los servicios, establezcan relaciones terapéuticas y mantengan los regímenes de tratamiento, lo cual se traduce en peores resultados de salud ya que, además de la estigmatización, es posible que teman las consecuencias legales o que se las someta a hostigamiento y juicio[54].

32. La aplicación discriminatoria del derecho penal debe combatirse en todas sus dimensiones, también mediante la reforma, con arreglo a las normas y los estándares internacionales de derechos humanos, de las leyes, políticas y prácticas de lucha contra las drogas que tienen efectos discriminatorios[55]. Cuando las personas que consumen drogas son discriminadas en los establecimientos de salud, es posible que eviten acudir a los servicios de atención sanitaria, lo cual aumenta su vulnerabilidad a contraer otras enfermedades infecciosas, como el VIH, y también afecta a la aplicación de los programas de tratamiento[56]. La vulneración de la privacidad y la confidencialidad de los historiales médicos hace que las personas que consumen drogas no recurran a los servicios de atención sanitaria, en especial cuando esos historiales se comparten con las fuerzas del orden, lo que conlleva su penalización[57].

33. Aunque a menudo se promulgan y aplican leyes punitivas en materia de drogas en nombre de la medicina, la salud pública y el orden público, ni la aplicación generalizada del derecho penal ni la “guerra contra las drogas” y el afán de lograr “un mundo sin drogas” han logrado frenar el consumo ni evitar los daños conexos. Además, el régimen de fiscalización internacional de drogas, por sus consecuencias perjudiciales, ha agravado los daños sufridos tanto en el plano individual como social.

34. Los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, entre otras cosas absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, a los servicios de salud curativos y paliativos[58]. Las personas privadas de libertad tienen el mismo derecho a la salud, y las que consumen drogas son especialmente vulnerables cuando se encuentran privadas de libertad en establecimientos que no disponen de servicios adecuados de atención sanitaria[59]. La obligación de respetar el derecho a la salud incluye prestar a las personas privadas de libertad la atención médica necesaria y garantizar que puedan someterse a reconocimientos de salud periódicos adecuados, así como abstenerse de denegar o limitar su acceso igual a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos[60]. Además, todas las personas privadas de libertad deben ser tratadas con dignidad y humanidad, también las que lo están por delitos relacionados con las drogas. La Relatora

[53] Véase Michelle Alexander, *The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colourblindness* (Londres, Penguin Books, 2019).
[54] A/HRC/14/20, párr. 47.
[55] A/HRC/47/53, párr. 42.
[56] A/HRC/10/44, párrs. 58 y 59.
[57] A/64/272, párr. 20. Open Society Institute, “The effects of drug user registration laws on people’s rights and health: key findings from Russia, Georgia, and Ukraine” (Nueva York, 2009), págs. 16 a 18.
[58] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 34.
[59] A/HRC/10/44, párr. 57.
[60] Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 36 (2018), párr. 25. Véanse también las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). La regla 24 dispone que la prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Véase también A/HRC/38/36, párrs. 18, 34 y 98 a).

Especial destaca que un enfoque orientado a incrementar el acceso a un tratamiento voluntario y de base científica es el más eficaz para reducir el consumo de drogas y el perjuicio social que este ocasiona y, además, es conforme con los tratados de fiscalización internacional de drogas.

35. En los entornos penitenciarios, los altos índices de consumo de drogas por inyección, la falta de acceso a servicios de reducción de daños y la falta de servicios de prevención y tratamiento propician una elevada prevalencia del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis[61]. En muchos establecimientos penitenciarios no se presta una atención médica apropiada, en particular un tratamiento de base científica para los trastornos por consumo de drogas, o se priva a las personas que consumen drogas de la oportunidad de dar su consentimiento informado antes de someterse a una prueba o a un tratamiento[62]. En ese sentido, el Comité contra la Tortura ha recomendado que se garantice la prestación de servicios médicos a los reclusos, en particular a los que presentan trastornos por consumo de drogas, y que se tomen todas las medidas necesarias para poner en práctica las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)[63]. Además de las Reglas Nelson Mandela, a las mujeres y a los niños privados de libertad se les aplican, respectivamente, las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok) y las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing)[64].

36. Ser acusado de un delito relacionado con las drogas es un estigma que puede durar toda la vida, pues dificulta el empleo, la educación, los viajes, la inmigración, la custodia de los hijos, la privacidad y la no discriminación[65], así como el disfrute de derechos civiles y políticos como el derecho al voto[66] y los derechos a la participación, a la libertad de asociación y de reunión pacífica y a la libertad de opinión, expresión e información.

V. Impacto de las leyes y políticas en materia de drogas en las personas pertenecientes a grupos marginados de la población

37. El racismo, la discriminación y las asimetrías de poder, tanto históricos como actuales, contribuyen en gran medida a crear situaciones de vulnerabilidad[67]. Las leyes y políticas vigentes en materia de drogas han tenido un impacto profundamente negativo en las minorías, las mujeres y las niñas, las personas LGBTIQA+, las trabajadoras y los trabajadores sexuales, las personas migrantes y las personas que viven con el VIH/sida, entre otros grupos de población. En muchos casos, los regímenes punitivos contra las drogas se solapan con otras formas de penalización y estigmatización a las que se ven expuestas determinadas personas. Las circunstancias en las que se encuentran esas personas determinan su relación con el consumo de drogas y pueden suponer un obstáculo para que reciban una atención apropiada en caso de padecer trastornos por consumo de drogas.

[61] Kate Dolan y otros, “Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees”, *The Lancet*, vol. 388, núm. 10049 (2016); Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings” (Estocolmo, 2017); y Penal Reform International, “Health in prisons: realising the right to health”, hoja informativa sobre reforma penal núm. 2 (2007), puede consultarse en https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/06/brf-02-2007-health-in-prisons-en_01.pdf.

[62] A/65/255, párrs. 29 y 59 a 61. Véase también Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2022*, 8ª ed. (Londres, 2022).

[63] CAT/C/CPV/CO/1, párrs. 25 y 25 e).

[64] Véase también https://www.unodc.org/res/justice-and-prison-reform/nelsonmandelarules-GoF/UN_System_Common_Position_on_Incarceration.pdf.

[65] Aliza Cohen y otros, “How the war on drugs impacts social determinants of health beyond the criminal legal system”, *Annals of Medicine*, vol. 54, núm. 1 (2022), págs. 2024 a 2038.

[66] Véase Alexander, *The New Jim Crow*.

[67] Véase A/HRC/47/28.

38. Las mujeres que consumen drogas se enfrentan a mayores niveles de estigmatización y discriminación social, y los servicios de reducción de daños suelen concebirse sin tenerse en cuenta las diferencias de género[68]. Las mujeres que consumen drogas también se ven sometidas a unos índices de violencia hasta 24 veces superiores a los que sufren las mujeres que no consumen drogas. Este hecho pone de manifiesto que es necesario vincular los servicios de reducción de daños con los de violencia de género y salud sexual y reproductiva[69].

39. Las personas LGBTIQA+ renuncian en ocasiones a pedir asistencia o tratamiento a proveedores de atención de la salud porque han tenido experiencias de discriminación o suponen que las tendrán. En muchos países se ven afectadas de forma desproporcionada por las políticas en materia de drogas y sufren daños[70]. A pesar de que en los últimos años se han realizado algunos avances, aún persisten importantes estigmas y tabúes en torno al consumo de drogas en contextos sexuales, como el *chemsex* (actividad sexual bajo los efectos de las drogas), que es más común entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres[71]. El estigma y la discriminación han contribuido a que las investigaciones en este ámbito sigan presentando lagunas, a que no existan programas que atiendan las necesidades de esta población, a que persistan las barreras para acceder a los servicios que sí existen y a que no se tomen medidas en materia de políticas para proteger la salud de las personas LGBTIQA+ que consumen drogas.

40. Las personas que consumen drogas y también ejercen el trabajo sexual afrontan dificultades similares y que a menudo se solapan, como la estigmatización, la exposición a riesgos para la salud como la violencia y la denegación de servicios de salud[72]. Los agentes del orden se dejan influir a menudo por estereotipos nocivos sobre el supuesto aspecto que tienen quienes se dedican al trabajo sexual o quienes consumen drogas; esos estereotipos se basan en el racismo y la discriminación por motivos de clase, sexo y género que hacen que las minorías raciales y étnicas, las mujeres y las personas LGBTIQA+ tengan muchas más probabilidades de ser interpeladas, registradas, detenidas y acusadas si se encuentran drogas u objetos relacionados con su consumo[73]. Las trabajadoras y los trabajadores sexuales que consumen drogas son a menudo objeto de violencia por parte de los clientes, la población en general o las fuerzas del orden, pero es poco probable que la denuncien o soliciten reparación por miedo a la penalización. Además, incluso cuando existen servicios de reducción de daños, las personas que ejercen el trabajo sexual y consumen drogas suelen ser tratadas únicamente como "trabajadoras sexuales" o "consumidoras de drogas", y sus necesidades específicas e interrelacionadas quedan desatendidas[74].

41. Las leyes que prohíben el consumo y la posesión de drogas se utilizan muchas veces como medio y justificación para detener y expulsar a los migrantes y a otros no ciudadanos[75]. Los traumas físicos y mentales que sufren los migrantes cuando viajan huyendo de condiciones insoportables también pueden contribuir al consumo de drogas, y posiblemente a los trastornos por consumo de drogas, en especial cuando no se puede acceder a formas

[68] Women and Harm Reduction International Network, "Women who use drugs: intersecting injustice and opportunity" (2022).

[69] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Addressing Gender-Based Violence against Women and People of Diverse Gender Identity and Expression who use Drugs* (Viena, 2023).

[70] A/HRC/39/39, párr. 76.

[71] Hannah McCall y otros, "What is chemsex and why does it matter?", *BMJ*, vol. 351, núm. 8032 (noviembre de 2015).

[72] Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, "Personas que ejercen el trabajo sexual consumidoras de drogas" (2016). Véase también https://www.ohchr.org/sites/default/files/2024-03/2024-march-sex-work-guide-un-report-short.pdf.

[73] Jenny Iversen y otros, "Patterns and epidemiology of illicit drug use among sex workers globally: a systematic review", en *Sex Work, Health, and Human Rights: Global Inequities, Challenges, and Opportunities for Action*, Shira M. Goldenberg y otros, eds. (Springer, 2021).

[74] Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, "Personas que ejercen el trabajo sexual consumidoras de drogas".

[75] Sarah Tosh, "Drug prohibition and the criminalization of immigrants: the compounding of drug war disparities in the United States deportation regime", *International Journal of Drug Policy*, vol. 87 (enero de 2021).

alternativas de atención para superar esos traumas[76]. De esta situación puede derivarse una doble penalización: por la condición migratoria y por el consumo de drogas.

42. Aproximadamente 1 de cada 10 nuevas infecciones por VIH se deben al consumo de drogas por inyección, pero las leyes penales relacionadas con el VIH y el consumo de drogas impiden el acceso a la prevención y el tratamiento del VIH[77]. Contrariamente a lo recomendado por los órganos internacionales de derechos humanos[78], más de 92 países tienen leyes penales relacionadas con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, entre las que se incluyen leyes que penalizan la transmisión del VIH, los actos que puedan exponer a otra persona al VIH y la no revelación del estado serológico respecto al VIH[79]. Las leyes penales de carácter general también pueden utilizarse para penalizar los actos de las personas con VIH, incluidas las madres lactantes[80]. Por lo tanto, no es de extrañar que las personas que viven con el VIH y consumen drogas se vean ahuyentadas de la atención de la salud apropiada y de base científica que podrían necesitar.

43. Teniendo en cuenta que la infraestructura civil suele desplomarse en situaciones de conflicto, la disponibilidad de medicamentos fiscalizados se ve gravemente perjudicada por los conflictos. Independientemente de que se trate de situaciones de emergencia en un contexto de conflicto o de no conflicto, tanto en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”, como en las Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas, se reconoce que el acceso a medicamentos fiscalizados, sin discriminación alguna, es un elemento esencial del derecho a la salud, incluida la anestesia en las intervenciones médicas y para el tratamiento y el manejo clínico de diversas condiciones de salud.

VI. Prevención, tratamiento y control de enfermedades

44. A fin de cumplir el requisito relativo a la prevención, el tratamiento y el control de enfermedades, es necesario, entre otras cosas, que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento y la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud[81]. Intervenciones como los programas educativos dotan a las personas que consumen drogas de los medios necesarios para tomar decisiones informadas en relación con su salud y minimizar los posibles daños relacionados con el consumo de drogas. Para ello se pueden llevar a cabo programas de divulgación a través de los cuales se haga participar a las personas que consumen drogas en sus propias comunidades y se les proporcione información, se las derive a pruebas y servicios médicos y se las capacite para responder ante las sobredosis impartiéndoles formación en primeros auxilios, por ejemplo, en la administración de naloxona[82].

45. La realización de pruebas obligatorias de consumo de drogas a niños en centros educativos como medida preventiva plantea algunos problemas de derechos humanos. Con arreglo a los artículos 3 y 16 de la Convención sobre los Derechos del Niño, extraer líquidos orgánicos de un niño sin su consentimiento puede ser incompatible con el principio del interés superior del niño y vulnerar el derecho a la integridad corporal, además de constituir una

[76] *World Drug Report 2023* (publicación de las Naciones Unidas, 2023), fascículo 2, págs. 99 a 114.
[77] OMS, “People who inject drugs”, puede consultarse en https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs.
[78] Véase A/HRC/14/20.
[79] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), *Vencer a las pandemias priorizando a las personas* (Ginebra, 2020), pág. 60.
[80] Alison Symington, “When law and science part ways: the criminalization of breastfeeding by women living with HIV”, *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, vol. 9 (enero a diciembre de 2022).
[81] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 16.
[82] A/65/255, párrs. 53 y 54.

injerencia arbitraria en su privacidad y dignidad. Según como se hagan las pruebas, pueden constituir también un trato degradante[83].

46. En la administración de todo tratamiento, con independencia de que esté relacionado con el consumo de drogas, se deberán cumplir los requisitos del consentimiento informado, incluido el derecho a negarse a recibirlo[84]. El acceso a la información también es pertinente con respecto al derecho a la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y exige que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento[85], también en relación con el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas.

VII. Determinantes comerciales de la salud y la crisis de los opioides

47. La industria farmacéutica tiene un impacto determinante en la efectividad del derecho a la salud y en lo que respecta al poder de decisión acerca de los medicamentos y los tipos de enfermedades sobre los que investiga y en los que invierte. Las prácticas perniciosas de las empresas farmacéuticas que socavan el acceso a los medicamentos y el derecho a la salud, como la presión corporativa en el marco de las funciones regulatorias, fiscalizadoras y judiciales del Estado y el pago de incentivos económicos a los médicos para que receten determinados medicamentos[86], son importantes a la hora de dar respuesta al consumo de drogas.

Acceso a medicamentos fiscalizados

48. Los obstáculos que entorpecen la mejora del acceso a las sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos están vinculados con la legislación, los sistemas de reglamentación, los sistemas de atención de la salud, la asequibilidad, la capacitación de los profesionales de la salud, la educación, la creación de conciencia, las estimaciones, las previsiones y los informes, los valores de referencia correspondientes al consumo de sustancias fiscalizadas y la cooperación y coordinación internacionales[87]. En su resolución 63/3, la Comisión de Estupefacientes pidió que se promoviera la sensibilización, la educación y la capacitación como parte de un enfoque amplio para garantizar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional y el acceso a ellas para fines médicos y científicos. En la declaración de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes sobre el examen de mitad de período de 2024, como seguimiento de la Declaración Ministerial de 2019, los Estados Miembros reiteraron su determinación de garantizar la disponibilidad de sustancias sujetas a fiscalización y el acceso a ellas con fines médicos y científicos, en particular para aliviar el dolor y el sufrimiento, y afrontar los obstáculos que existen al respecto.

49. A pesar de los compromisos internacionales, las estadísticas indican que el 17 % de la morfina utilizada en todo el mundo para el alivio del dolor se consume en los países de ingresos bajos y medianos. Las regiones con las tasas más bajas de consumo de estupefacientes con fines médicos son África, América Central y el Caribe, Asia Meridional y Asia Oriental y Sudoriental[88].

[83] A/HRC/39/39, párr. 8.
[84] A/64/272, párrs. 28 y 88 a 91.
[85] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 16.
[86] Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos* (2019), párrs. 223 y 224.
[87] Documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”, párr. 2; y resolución 62/5 de la Comisión de Estupefacientes.
[88] Véase https://unis.unvienna.org/unis/en/pressrels/2022/unisnar1463.html.

50. Todas las personas dependen de medicamentos esenciales sometidos a fiscalización para el tratamiento del dolor y la dependencia de los opioides, en los cuidados paliativos y para la atención de otras afecciones[89]. El derecho a la salud comprende la obligación básica y mínima de proporcionar acceso a los medicamentos esenciales[90], que, según la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, incluyen la morfina, la metadona y la buprenorfina. Estas y otras sustancias también figuran en los tratados de fiscalización internacional de drogas, a pesar de que la Convención de 1961 en su forma enmendada reconoce explícitamente que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y el sufrimiento y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin. Los medicamentos recogidos en esos tratados suelen estar sometidos a excesivas restricciones.

51. Además, teniendo en cuenta la discriminación que existe en torno a las percepciones del dolor y a quién "merece" alivio, entre las poblaciones a las que más a menudo se deniega el acceso a medicamentos fiscalizados se encuentran las personas embarazadas o puérperas y las personas con problemas de salud preexistentes[91].

52. El hecho de que no se garantice el acceso a los medicamentos esenciales para el alivio del dolor y los trastornos por consumo de drogas pone en peligro la efectividad de los derechos a la salud y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes[92].

53. La Relatora Especial observa que recientemente se han iniciado procesos judiciales en algunas jurisdicciones contra el uso de ciertos medicamentos para la gestión de la fecundidad, con el objetivo de limitar el acceso a este tipo de especialidades farmacéuticas para la gestión del aborto médico. Si bien no en el presente informe, la Relatora Especial prestará atención a estos hechos y examinará la tendencia a utilizar la ley para perjudicar la práctica de la medicina limitando injustamente, en contra de las directrices de la OMS[93], los medicamentos esenciales en ámbitos médicos distintos de los relacionados con el consumo de drogas.

VIII. Políticas de reducción de daños en favor de la salud pública

54. La penalización, el recurso excesivo a las penas de prisión, la privación arbitraria de la vida, el uso innecesario de la fuerza letal en la represión del consumo de drogas y la aplicación de la pena de muerte como castigo en nombre de la salud pública han provocado que en algunos casos se vulneren los derechos humanos. Las violaciones de los derechos humanos que se derivan de la penalización del consumo de drogas han tenido consecuencias no deseadas en la salud pública. En cambio, cuando se conciben y aplican bien, las leyes y políticas en materia de drogas —incluidas las de reducción de daños— pueden proteger y promover la salud pública y, al mismo tiempo, favorecer la plena efectividad de los derechos humanos, estableciendo una relación de refuerzo mutuo[94].

55. La penalización del consumo y la posesión de drogas para uso personal puede suponer una amenaza para la salud y el bienestar. Cuando una persona es condenada por un delito relacionado con las drogas, puede encontrarse con obstáculos importantes para conseguir empleo y puede perder su acceso a prestaciones públicas, como las ayudas de renta básica, los préstamos para estudios, la vivienda pública y la asistencia alimentaria, o tener dificultades para viajar al extranjero. La penalización de la posesión y el consumo personal

[89] Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas.

[90] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 43 d).

[91] Jamila K. Taylor, "Structural racism and maternal health among black women", *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 48, núm. 3 (septiembre de 2020).

[92] A/HRC/22/53, párr. 56.

[93] Véase https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/summary-chart-medical-management-abortion.pdf?sfvrsn=c735d28a_4.

[94] Jonathan M. Mann y otros, "Health and human rights", *Health and Human Rights Journal*, vol. 1, núm. 1 (octubre de 1994), págs. 6 a 23 (en que se aduce que la promoción y la protección de los derechos y la salud son indisolubles).

de drogas también suele dar lugar a condenas desproporcionadas, además de impedir que las personas que necesitan tratamiento por consumo de drogas lo reciban[95]. La penalización del consumo de drogas también agrava la estigmatización y la discriminación de las personas que consumen drogas[96].

56. La penalización no es más que una sola —y extrema— opción de las que se dispone dentro de todo un abanico regulador[97]. Los Estados deben elaborar marcos reguladores de manera coherente, de modo que sean más o menos restrictivos en función de las pruebas científicas[98] y teniendo en cuenta las asimetrías de poder (por ejemplo, la influencia que ejercen las grandes empresas en la elaboración de las políticas)[99]. Por ejemplo, los modelos de regulación pueden plantearse si el hecho de permitir y regular el acceso serviría para reducir los daños en general, estudiando en qué medida, de qué manera y entre qué grupos deberían restringirse determinadas drogas en una jurisdicción.

IX. Herramientas normativas de reducción de daños

57. La despenalización del consumo de drogas consiste en eliminar las sanciones penales aplicables a los delitos relacionados con las drogas, incluidos, entre otros, el consumo o la posesión, y es una forma de mitigar las repercusiones negativas que tiene la política punitiva en materia de drogas sobre el derecho a la salud. Los datos procedentes de las jurisdicciones que han adoptado un enfoque de despenalización indican que la adopción de políticas menos punitivas no se traduce en un aumento del consumo de drogas, de los daños relacionados con las drogas ni de otros delitos[100].

58. Dejar de invertir en la "guerra contra las drogas" también puede liberar recursos que se pueden destinar a servicios de salud y de reducción de daños, abriendo así una vía para aplicar un enfoque basado en la salud pública y los derechos humanos que también se fundamente en los mejores conocimientos científicos disponibles[101].

59. La reducción de daños abarca una amplia variedad de políticas, programas y prácticas destinados a minimizar los efectos negativos —sanitarios, sociales y jurídicos— asociados al consumo de drogas, así como con las leyes y las políticas en materia de drogas[102]. Puesto que las medidas de reducción de daños son más eficaces cuando tienen en cuenta las circunstancias individuales, es importante que se modifiquen y se adapten a las necesidades interrelacionadas de cada persona[103].

60. En los párrafos siguientes figura una lista no exhaustiva de medidas prácticas de reducción de daños que muchos Estados han empezado a aplicar.

61. **Programas de agujas y jeringuillas.** Estos programas facilitan el acceso a material de inyección esterilizado y su posterior eliminación, y a menudo van acompañados de otros servicios como la vacunación, la detección y atención de enfermedades infecciosas y el

[95] Véanse A/HRC/30/65, A/HRC/39/39 y E/C.12/PHL/CO/5-6.
[96] ONUSIDA, *Health, Rights and Drugs: Harm Reduction, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs* (Ginebra, 2019), pág. 33.
[97] Lawrence O. Gostin y Lindsay F. Wiley, *Public Health Law: Power, Duty, Restraint* (Oakland, California, University of California Press, 2016), pág. 199.
[98] A/65/255, párr. 73.
[99] Radhika Gore y Richard Parker, "Analysing power and politics in health policies and systems", *Global Public Health*, vol. 14, núm. 4 (2019), págs. 481 a 488.
[100] Drug Policy Alliance, "Approaches to decriminalizing drug use & possession", febrero de 2015; "Drug decriminalisation: grounding policy in evidence", *The Lancet*, vol. 402, núm. 10416 (2023); y Corey S. Davis y otros, "Changes in arrests following decriminalization of low-level drug possession in Oregon and Washington", *International Journal of Drug Policy*, vol. 119, septiembre de 2023.
[101] Harm Reduction International, "Aid for the war on drugs" (Londres, 2023).
[102] Harm Reduction International, "¿Qué es reducción de daños?".
[103] National Harm Reduction Coalition, "Principles of harm reduction", puede consultarse en https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/.

tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. Al menos 92 países cuentan con programas de agujas y jeringuillas[104].

62. **Tratamiento con agonistas opioides.** Los agonistas opioides, como la metadona y la buprenorfina, son fármacos que se utilizan para el manejo de la dependencia de opioides. Su eficacia está respaldada por abundantes datos probatorios[105]. La OMS incluye estos fármacos en su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales y recomienda el tratamiento con agonistas opioides como opción para tratar la dependencia de los opioides, junto con la atención y el apoyo psicosociales[106]. En 2022, el tratamiento con agonistas opioides se ofrecía en 88 países, lo que significa que sigue siendo muy poco accesible en muchas partes del mundo[107]. El acceso al tratamiento con agonistas opioides se ve también dificultado, entre otras cosas, por los requisitos de identificación, los requisitos de distribución en persona, los requisitos de las pruebas de detección de drogas y la distancia a los centros de tratamiento, así como por el estigma asociado a la solicitud de tratamiento para la drogodependencia, el costo tanto del propio tratamiento como de los gastos asociados, y el sentimiento de desconfianza, en particular entre las minorías raciales y étnicas. Todo ello pone de relieve que se necesitan opciones terapéuticas culturalmente apropiadas y dirigidas por la comunidad[108].

63. **Salas de consumo de drogas e instalaciones de inyección supervisada.** Estos espacios ofrecen un lugar en el que las personas que se inyectan drogas pueden administrarse sus propias sustancias sin ser objeto de sanciones penales, en condiciones de higiene y bajo la supervisión de personal cualificado, como profesionales de la reducción de daños, trabajadores sociales, enfermeros y otros profesionales de la medicina. El primer centro autorizado se abrió en Suiza en la década de 1980 y, hoy en día, funcionan más de 100 salas de consumo de drogas en más de 17 países, aunque es probable que haya otros muchos que funcionen de forma clandestina[109]. Cuando el consumo de drogas sigue siendo un delito penal, la policía, los fiscales y otros agentes del orden pueden formular políticas para eximir de enjuiciamiento a quienes acuden a los servicios de los centros de consumo de drogas. Por ejemplo, la Fiscal General de Escocia indicó que estaría dispuesta a publicar una política de enjuiciamiento en relación con un centro piloto de consumo más seguro de drogas[110].

64. **Análisis de drogas.** Es una práctica que consiste en proporcionar a quienes consumen drogas información sobre la composición química de las drogas que tienen consigo para ayudarles a tomar decisiones más informadas. Incluye servicios móviles y fijos a los que se pueden entregar o enviar por correo muestras, cuyo análisis se proporciona después a quienes lo han solicitado. Estos servicios ayudan a prevenir sobredosis mortales y a recopilar datos sobre las tendencias del suministro no regulado de drogas[111].

65. **Prevención y reversión de sobredosis.** La naloxona es un medicamento que salva vidas y que, si se administra a tiempo, puede utilizarse para revertir las sobredosis de opioides, incluidos los de venta con receta, la heroína y el fentanilo. Bloquea los efectos de los opioides y restablece la respiración normal en cuestión de minutos. La OMS considera que la naloxona es un medicamento esencial y recomienda que se ponga a disposición de las personas que es probable que estén presentes en situaciones de sobredosis de opioides. También recomienda que se imparta formación en materia de atención de las sobredosis de

[104] Harm Reduction International, " ¿Qué es reducción de daños?".
[105] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Medications for Opioid Use Disorder Save Lives* (Washington, D. C., National Academies Press, 2019), cap. 2.
[106] OMS, "Sobredosis de opioides", 29 de agosto de 2023, puede consultarse en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose.
[107] Harm Reduction International, " ¿Qué es reducción de daños?".
[108] The Network for Public Health Law, "A cross-sector approach to removing legal and policy barriers to opioid agonist treatment", diciembre de 2020.
[109] Harm Reduction International, "¿Qué es reducción de daños?".
[110] Escocia, Fiscalía de la Corona, "Statement on pilot safer drug consumption facility", 11 de septiembre de 2023.
[111] Nazlee Maghsoudi y otros, "Drug checking services for people who use drugs: a systematic review", *Addiction*, vol. 117, núm. 3 (marzo de 2022), págs. 532 a 544.

opioides[112]. Casi el 40 % de las muertes por sobredosis de opioides se producen en presencia de otra persona; por lo tanto, la disponibilidad de naloxona permite que las personas presentes puedan detener una sobredosis mortal y salvar muchas vidas[113]. El acceso a la naloxona es desproporcionadamente bajo entre las personas con bajos ingresos, las que viven en zonas rurales y las comunidades negras. Ciertos cambios legislativos pueden ayudar a aumentar el acceso a la naloxona, como exigir a las aseguradoras que cubran la naloxona, flexibilizar o eliminar los requisitos para extender recetas de modo que cualquiera pueda llevar consigo naloxona, generar actividades de formación sobre la naloxona y aumentar las protecciones jurídicas con arreglo a las leyes del buen samaritano en las que se puedan amparar quienes administran naloxona[114].

66. **Vivienda, empleo y educación.** Los factores determinantes básicos de la salud no deben condicionarse a la interrupción o reducción del consumo de drogas, ni mantenerse mediante pruebas impuestas u obligatorias. Aunque las causas profundas del consumo de drogas y de los trastornos por consumo de drogas son muy variadas, los estudios han demostrado que el deterioro del bienestar social y económico se asocia al aumento de las muertes por sobredosis, que a menudo se consideran como "muertes por desesperanza"[115]. Además, los servicios jurídicos destinados a las personas que consumen drogas y la capacitación jurídica de estas personas pueden ayudarles a acceder a la vivienda y a los servicios de salud y sociales, así como a conocer sus derechos y a saber cuándo se están vulnerando[116].

67. La financiación destinada a la reducción de daños a escala nacional e internacional es insuficiente y cada vez menor[117]. Según la información disponible, en los países de ingreso bajo y mediano, en la actualidad solo se destinan 131 millones de dólares de los Estados Unidos a la reducción de daños y menos del 7 % de la financiación aportada por los donantes internacionales para la reducción de daños se otorga a organizaciones de reducción de daños dirigidas por la comunidad[118]. En los países de ingreso bajo y mediano, la financiación para la reducción de daños tiene un déficit del 95 %[119].

X. Buenas prácticas

68. La Relatora Especial expresa su agradecimiento por las exhaustivas y detalladas contribuciones recibidas en respuesta a su petición, que incluyen información sobre buenas prácticas en el ámbito de la reducción de daños, en particular a través de asociaciones entre organizaciones comunitarias dirigidas por iguales y las autoridades nacionales.

69. En Kenya, en 2012, ante la creciente prevalencia del VIH entre las personas que se inyectaban drogas, el Gobierno cambió su enfoque para encarar el consumo de drogas por inyección como un problema de salud pública. Por ello, el país cuenta ahora con más de

[112] OMS, "Community management of opioid overdose" (Ginebra, 2014), puede consultarse en https://www.who.int/publications/i/item/opioid-overdose-preventing-and-reducing-opioid-overdose-mortality.

[113] Julie O'Donnell y otros, "Vital signs: characteristics of drug overdose deaths involving opioids and stimulants – 24 states and the District of Columbia, January-June 2019", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 69, núm. 35 (septiembre de 2020), págs. 1189 a 1197.

[114] Rafael E. Pérez-Figueroa, Carrie B. Oser y Kasia Malinowska, "Access to naloxone in underserved communities", *BMJ*, vol. 381 (abril de 2023).

[115] Elisabet Beseran y otros, "Deaths of despair: a scoping review on the social determinants of drug overdose, alcohol-related liver disease and suicide", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, núm. 19 (2022).

[116] Joanne Csete y Jonathan Cohen, "Health benefits of legal services for criminalized populations: the case of people who use drugs, sex workers and sexual and gender minorities", *Journal of Law, Medicine, and Ethics*, vol. 38, núm. 4 (2010), págs. 816 a 831.

[117] Harm Reduction International, "Failure to fund: the continued crisis for harm reduction funding in low- and middle-income countries" (Londres, 2021).

[118] Harm Reduction International, "Funding for harm reduction", puede consultarse en https://hri.global/topics/funding-for-harm-reduction/#.

[119] Harm Reduction International, "Tracking funding for harm reduction", puede consultarse en https://hri.global/topics/funding-for-harm-reduction/tracking-funding-for-harm-reduction/.

10 programas públicos que prestan tratamiento con agonistas opioides y 35 centros de orientación que ofrecen programas de agujas y jeringuillas, así como servicios de naloxona para llevar a casa, profilaxis previa a la exposición y autodetección del VIH. Existen también programas comunitarios dirigidos específicamente a las mujeres que se inyectan drogas[120].

70. En el Brasil, en 2021, se puso en marcha en São Paulo el proyecto FRESH con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) para conseguir que las mujeres transexuales participaran en los programas de reducción de daños, centrándose en la profilaxis previa a la exposición, la profilaxis posterior a la exposición y la reducción de daños. El proyecto FRESH utiliza el arte de la fotografía para promover la autoestima y el cuidado personal como parte del trayecto hacia el cambio colectivo[121].

71. En Australia, las personas que pueden sufrir o presenciar una sobredosis de opioides o una reacción adversa a ellos pueden disponer de naloxona para llevar a casa de forma gratuita, sin necesidad de receta, con lo que se reducen los daños. El programa Mindframe de este país ofrece orientación a los medios de comunicación sobre la manera de informar de forma rigurosa, respetuosa y responsable sobre las drogas y el alcohol, al entenderse que un lenguaje inadecuado y deshumanizador desempeña un papel importante en el proceso de estigmatización[122].

72. En Austria, Suchthilfe Wien está llevando a cabo un estudio en el que se examina la viabilidad del tratamiento con agonistas opioides mediante la inyección de hidromorfona, en particular para un subgrupo de pacientes que no responden a la medicación tradicional con agonistas opioides[123].

73. En septiembre de 2023, el Instituto de Salud Pública de Croacia se integró en la red European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise y ha puesto en marcha un proyecto piloto para analizar, a partir de más de 200 muestras recogidas en la ciudad de Split, el contenido residual de las jeringuillas usadas. El objetivo del proyecto es complementar los datos disponibles sobre las sustancias que se inyectan las personas que consumen drogas mediante la obtención de información pertinente y local[124].

74. Colombia anunció en septiembre de 2023 una política que reconoce explícitamente las directrices internacionales sobre derechos humanos y políticas en materia de drogas, y ha introducido cambios sustanciales en sus políticas internas en este ámbito[125].

75. En Chequia, en septiembre de 2023, se puso en marcha una sala móvil de consumo de drogas y, desde 2020, se está llevando a cabo un proyecto centrado en el análisis de muestras de drogas en eventos de baile[126]. También en Irlanda, se inició en mayo de 2022 el programa Safer Nightlife Programme, a través del que se distribuye información sobre las tendencias en materia de drogas y se realizan actividades destinadas a influir en las conductas y fomentar que se tomen decisiones más seguras[127].

76. En Nepal, la organización Society for Positive Atmosphere and Related Support to HIV and AIDS (SPARSHA) proporciona servicios de reducción de daños a las personas que viven con el VIH y ha abierto un centro de orientación dirigido específicamente a mujeres que atiende a casi 200 usuarias. En el Canadá, AIDS Community Care Montreal tiene un programa de reducción de daños llamado Kontak, gestionado por y para hombres gais,

[120] Contribución de ONUSIDA.

[121] ONUSIDA, “Desenvolviendo la autoestima de las mujeres transgénero en Brasil y sus sueños de una vida digna”, 17 de mayo de 2022, puede consultarse en https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2022/may/20220517_transgender-women-brazil.

[122] Contribuciones de Australia y de Harm Reduction Australia.

[123] Contribución de Austria.

[124] Contribución de Croacia.

[125] Volker Türk, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, declaración formulada en el evento paralelo de alto nivel celebrado durante el 67º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, 14 de marzo de 2024, puede consultarse en https://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2024/03/war-drugs-has-failed-says-high-commissioner.

[126] Contribución de Chequia.

[127] Contribución de Irlanda.

bisexuales y *queer* que tienen relaciones sexuales con hombres que presta una especial atención a las personas que consumen drogas mientras mantienen relaciones sexuales[128].

77. En Nueva York, las organizaciones comunitarias han prestado su apoyo a los centros de prevención de sobredosis situados en los barrios de Harlem y el Bronx. Gestionados por un grupo llamado OnPoint, atienden a la población —en su mayoría negra o latina y con bajos ingresos— de las zonas con las tasas más elevadas de muerte por sobredosis de la ciudad. Los centros han revertido más de 1.000 sobredosis y se rigen por un "modelo de bienestar" que también ofrece duchas, lavandería, una sala de descanso, servicios de salud mental y la posibilidad de acceder a otros servicios de atención[129].

78. Durante 2022 y 2023, con el apoyo de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), la red nacional de mujeres que viven con el VIH de Indonesia contribuyó a la elaboración de los procedimientos operativos especiales de ámbito provincial para la respuesta del Gobierno a los casos de violencia contra las mujeres, a fin de velar por que el proceso respondiera a las prioridades de las mujeres que viven con el VIH y están afectadas por él, incluidas las que consumen drogas[130].

79. Desde 2019, seis países (Barbados, Dominica, Kirguistán, Luxemburgo, Malta y Trinidad y Tabago) han despenalizado el consumo y la posesión de drogas para uso personal a escala nacional, ya sea con respecto a todas las drogas o a determinadas sustancias. Esta despenalización también se ha adoptado en nueve jurisdicciones federales: el Territorio de la Capital de Australia; la Columbia Británica, en el Canadá; y Hawái, Illinois, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Oregón y Virginia, en los Estados Unidos de América. De este modo, ya son 66 las jurisdicciones, en 40 países, que han adoptado alguna forma de despenalización[131].

XI. Conclusiones y recomendaciones

80. **La Relatora Especial destaca la necesidad de que los Estados dejen de recurrir únicamente al derecho penal y adopten más bien un enfoque de reducción de daños frente al consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas que esté basado en los derechos humanos, los datos probatorios y la compasión.**

81. **Las prácticas y los requisitos discriminatorios que limitan las posibilidades de que las personas con antecedentes de consumo de drogas puedan recibir asistencia social o que exigen que toda persona con una condena previa por delitos de drogas o sospechosa de consumir de drogas se deba someter a pruebas de detección de drogas perpetúan la inestabilidad social y los malos resultados de salud.**

82. **Las personas que consumen drogas, en particular las que se han visto marginadas y penalizadas históricamente, deberían participar de manera efectiva en la concepción y elaboración de las leyes y políticas en materia de drogas, incluidas las políticas y los servicios de reducción de daños.**

83. **Los Estados tienen la obligación de elaborar las leyes y políticas sanitarias nacionales y de reforzar sus sistemas y presupuestos nacionales de atención de la salud.**

84. **Los servicios de reducción de daños, como los programas de agujas y jeringuillas y el tratamiento de sustitución con opioides, deberían implantarse para hacer efectivo el derecho a la salud y el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones[132].**

[128] Contribución de Harm Reduction International.
[129] Contribución de Open Society Foundations.
[130] Contribución de ONU-Mujeres.
[131] Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, *Off Track: Shadow Report for the Midterm Review of the 2019 Ministerial Declaration on Drugs* (2023).
[132] E/C.12/MUS/CO/4, párr. 27; y E/C.12/EST/CO/2, párr. 26.

85. **Basándose en los principios de igualdad y no discriminación, transparencia, participación y rendición de cuentas, la Relatora Especial recomienda a los Estados que:**

a) Ratifiquen sin demora el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, prestando atención a las intervenciones inmediatas y a la transformación social a más largo plazo que se requieren, a fin de reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;

b) Examinen con urgencia y de forma exhaustiva los marcos jurídicos por los que se rige la fiscalización de drogas a fin de determinar las repercusiones que tienen sobre la salud pública y los derechos humanos, en particular sobre las poblaciones que se han visto desfavorecidas históricamente y que han sufrido un perjuicio desproporcionado;

c) Despenalicen, deroguen, anulen o modifiquen las leyes y políticas que tienen un impacto negativo sobre el derecho a la salud y que perpetúan diversos sistemas de opresión, como el racismo y el colonialismo;

d) Se planteen la reducción de daños basada en datos científicos como una medida que propicia la efectividad del derecho a la salud y de los derechos relacionados con la salud. En el marco de sus obligaciones para hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados deben velar por que los servicios de reducción de daños sean acordes con la aplicación del enfoque del derecho a la salud, es decir, que los servicios estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de calidad. La prestación de los servicios debe ser no discriminatoria, tanto en la legislación como en la práctica;

e) Cumplan la legislación y las normas de derechos humanos y eliminen los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de reducción de daños, en particular mediante la distribución de información, instalaciones, servicios y bienes destinados a la reducción de daños a través de diversos medios de divulgación, incluidos el correo postal, servicios móviles y presenciales, máquinas expendedoras automáticas y entrega directa. Esos servicios y bienes deben estar disponibles en los espacios y en los momentos en que las personas consumen drogas;

f) Despenalicen el consumo, la posesión, la compra y el cultivo de drogas para uso personal y apuesten por enfoques reguladores alternativos que pongan en primer plano la protección de la salud de las personas y otros derechos humanos. De este modo, los Estados deberían elaborar con coherencia marcos reguladores responsables y que se basen en datos científicos (por ejemplo, los riesgos asociados a cada droga y las posibles medidas para paliarlos o la capacidad para establecer y hacer cumplir una normativa adecuada para esa droga concreta) y que tengan en cuenta las asimetrías de poder (por ejemplo, la influencia que ejercen las grandes empresas en la elaboración de las políticas);

g) Exhorten a los agentes privados a que respeten los derechos humanos, como se indica en los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos;

h) Velen por que las iniciativas dirigidas por iguales sigan ocupando un primer plano, cuenten con apoyo político y normativo, y dispongan de recursos y financiación estables y suficientes;

i) Respalden la capacitación y la educación permanente de los profesionales de la salud que sean necesarias para que se cumpla el principio de no causar daño;

j) Se asocien con iniciativas dirigidas por iguales a fin de recabar datos exhaustivos y ayudar a garantizar la igualdad de acceso a los servicios y programas de reducción de daños de forma no discriminatoria ni estigmatizadora, teniendo en cuenta en particular las necesidades de los grupos más vulnerables y marginados, como las poblaciones negras e indígenas, las minorías, las personas LGBTIQA+, los migrantes, las trabajadoras y los trabajadores sexuales y las mujeres;

k) Financien programas que combatan los estigmas imperantes en torno al consumo de drogas y programas que mejoren la competencia de los proveedores para prestar servicios no discriminatorios a las personas que consumen drogas. En la medida

de lo posible, la reducción de daños, como la entrega a domicilio de medicamentos para el tratamiento con agonistas opioides, la oferta de dosificación en farmacias comunitarias y la distribución de tratamientos con agonistas opioides en servicios de proximidad, debería combinarse con otras formas de atención (por ejemplo, servicios de salud mental y sociales);

l) Conciban los servicios de reducción de daños de forma que ofrezcan entornos adecuados para las mujeres que consumen drogas, entre otras cosas prestando de manera integrada atención, información y servicios de salud sexual y reproductiva, así como servicios de cuidado de niños;

m) Velen por que las políticas de fiscalización de drogas no impidan el acceso a los medicamentos esenciales, incluidos, entre otros, los necesarios para los cuidados paliativos y el alivio del dolor (también para los niños) y la reducción de daños (por ejemplo, la metadona y la buprenorfina), para cualquier población o necesidad médica como la asistencia para el aborto, prestando especial atención a las poblaciones que han sido objeto de marginación y de un control policial excesivo en el contexto de las drogas;

n) Se cercioren de que la aplicación de la legislación en materia de drogas no dé lugar a la vulneración del derecho a la salud, atendiendo en especial al impacto desproporcionado que las leyes, las políticas y las actuaciones policiales en materia de drogas han tenido sobre los grupos marginados y las personas que se enfrentan a formas múltiples e interseccionales de discriminación, como las mujeres y las niñas, las personas negras, las minorías raciales y étnicas, los Pueblos Indígenas, los niños y las niñas y los jóvenes, las personas que viven en la pobreza, las trabajadoras y los trabajadores sexuales, los migrantes y las personas LGBTIQA+;

o) Abandonen las prácticas de aplicación de la ley que dificultan el ejercicio del derecho a la salud, incluida la incautación o destrucción de material de inyección y el enjuiciamiento de los proveedores de servicios de atención sanitaria y de reducción de daños;

p) Velen por que las fuerzas del orden no centren sus actuaciones en los establecimientos de salud, las salas de consumo supervisado de drogas o los programas de agujas y jeringuillas como estrategia para hacer cumplir la ley en materia de drogas;

q) Alienten a los empresarios a que pongan fin al uso generalizado de las pruebas de detección de drogas en la toma de decisiones laborales, una práctica sobre la que se han documentado disparidades raciales, teniendo en cuenta la falta de datos que avalen la existencia de una relación causal entre las pruebas de detección de drogas y la mejora de la seguridad en el trabajo o la productividad;

r) Se protejan contra la influencia indebida que ejercen en la elaboración de las políticas determinados grupos contrarios a los derechos y poderosas empresas privadas, como la industria farmacéutica y el sector penitenciario privado, cuyos intereses pueden chocar con el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud;

s) Recopilen datos y estadísticas desglosados sobre asuntos relacionados con las drogas, tomando las debidas medidas de protección de la privacidad y la confidencialidad, para que sirvan de base en la elaboración eficiente y eficaz de políticas;

t) Reconozcan los usos culturales y medicinales de las plantas y de la flora por su gran diversidad más allá de los paradigmas médicos occidentales mediante la protección de los derechos de las personas negras, los Pueblos Indígenas y los afrodescendientes a cultivar y usar esas plantas y esa flora, y a acceder a ellas, sin que las grandes empresas las extraigan y las agoten;

u) Revisen el marco jurídico internacional de fiscalización de drogas para que se ajuste mejor a las normas y estándares internacionales de derechos humanos, a los enfoques de reducción de daños y a la aplicación del enfoque del derecho a la salud (que los servicios estén disponibles y sean aceptables, accesibles y de calidad), promoviendo que las leyes y políticas en materia de drogas a escala nacional se centren

en la dignidad, la salud pública y los derechos humanos, además de basarse en los mejores datos científicos disponibles y estar exentas de conflictos de intereses;

v) Pongan fin a la penalización, la estigmatización y la discriminación, ya que representan barreras estructurales para acceder a los servicios y establecer relaciones terapéuticas, lo cual se traduce en peores resultados de salud, pues es posible que las personas teman las consecuencias legales. De este modo se mejorarán la confianza, el diálogo, la creatividad y la innovación en este momento en que urge un cambio de paradigma;

w) Pongan en práctica la labor de promoción y las declaraciones de intenciones de alto nivel realizadas a escala mundial para defender el derecho a la dignidad. La efectividad del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental de las personas que consumen drogas, de las personas con trastornos por consumo de drogas y de las personas cuya salud y bienestar se ven afectados por las leyes y políticas en materia de drogas debe respetarse, promoverse y cumplirse para avanzar hacia una igualdad sustantiva.